

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1925

THESE

N° 418

POUR

LE DOCTORAT D'UNIVERSITÉ

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Archak BOURGOUDJIAN

Né à Constantinople le 13 septembre 1874

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

KYSTES HYDATIQUES

DE LA RÉGION TEMPORALE

Président : M. LEJARS, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

45, RUE RACINE, 45

1925

823

Digitized by the Internet Archive
in 2026

DE MEDICINA

LIBRIS

et al.

1807

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1925

THÈSE

N° 118

POUR

LE DOCTORAT D'UNIVERSITÉ

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Archak BOURGOUDJIAN

Né à Constantinople le 13 septembre 1874

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

KYSTES HYDATIQUES

DE LA RÉGION TEMPORALE

Président : M. LEJARS, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1925

I. — PROFESSEURS



Anatomie	MM. NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNÉO.
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	N...
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie.	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	GILBERT.
	CHAUFFARD.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DEL BET.
	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Sans chaire	ROUVIÈRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI . . . Pathologie médicale.
 ALGLAVE . . . Pathologie chirurgicale.
 AUBERTIN . . . Pathologie médicale.
 BASSET . . . Pathologie chirurgicale.
 BAUDOUIN . . . Pathologie médicale.
 BINET Physiologie.
 BLANCHETIÈRE . . . Chimie biologique.
 BRANCA . . . Histologie.
 BRULÉ . . . Pathologie médicale.
 BUSQUET . . . Pharmacologie et matière médicale.
 CADENAT . . . Pathologie chirurgicale.
 CHAMPY . . . Histologie.
 CHIRAY . . . Pathologie médicale.
 CLERC . . . Pathologie médicale.
 DEBRÉ . . . Hygiène.
 I. de JONG . . . Anatomie pathologique.
 DUVOIR . . . Médecine légale.
 ÉCALLE . . . Obstétrique.
 FIESSINGER . . . Pathologie médicale.
 FOIX Pathologie médicale.
 GARNIER . . . Pathologie expérimentale
 HARVIER . . . Pathologie médicale.
 HEITZ-BOYER . . . Urologie.
 HOVELACQUE . . . Anatomie.

MM.

JOYEUX . . . Parasitologie.
 LABBÉ (Henri) . . . Chimie biologique.
 LARDENNOIS . . . Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER . . . Obstétrique.
 LEMAITRE . . . Oto-rhino-laryngologie.
 LEMIERRE . . . Pathologie médicale.
 LÉVY-SOLAL . . . Obstétrique.
 LHERMITTE . . . Pathologie mentale.
 LIAN Pathologie médicale.
 MATHIEU . . . Pathologie chirurgicale.
 METZGER . . . Obstétrique.
 MOCQUOT . . . Pathologie chirurgicale.
 MONDOR . . . Pathologie chirurgicale.
 MOURE . . . Pathologie chirurgicale.
 MULON . . . Histologie.
 PHILIBERT . . . Bactériologie.
 RIBIERRE . . . Pathologie médicale.
 RICHET Fils . . . Physiologie.
 TANON . . . Pathologie médicale.
 TIFFENEAU . . . Pharmacologie en matière médicale.
 VAUDESÇAL . . . Obstétrique
 VERNE . . . Histologie.
 VILLARET . . . Pathologie médicale.
 WELTER . . . Ophtalmologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

GOUGEROT . . . Pathologie médicale.
 GUÉNIOT . . . Obstétrique.

MM.

RETTERER . . . Histologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

A TITRE PERMANENT

MM.	MM.
AUVRAY. . . Clinique chirurgicale.	LÉRI Clinique médicale.
CHEVASSU. . Clinique chirurgicale.	LEPER . . . Clinique médicale.
LAIGNEL-LAVASTINE . Clinique médicale.	PROUST . . . Clinique chirurgicale.
LEREBoullet. Clinique médicale in- fantile.	RATHERY . . Clinique médicale.
	SCHWARTZ . Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé.	{ Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.	Stomatologie.
CHAILLAY BERT	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES PARENTS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR LEJARS

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Antoine
Chevalier de la Légion d'honneur

A MES MAÎTRES DES HOPITAUX DE PARIS

PRÉAMBULE

« C'est tout à fait exceptionnellement qu'on a signalé l'existence de kystes hydatiques dans la région temporale. En pareil cas, le kyste se développe dans l'épaisseur du muscle temporal (1). »

Telles sont les quelques lignes que consacre M. Auvray, dans le *Nouveau Traité de Chirurgie*, au sujet qui nous occupe.

Pourtant, d'après Marguet (2), la région temporale serait une des rares privilégiées à ce point de vue, privilège qu'elle partage avec le tronc la région lombaire, la pectorale, la dorsale et la trapézienne, pour le membre supérieur, le bras et pour l'inférieur, la cuisse.

Parmi les muscles de la face, le muscle temporal est le plus souvent atteint par l'échinococcose. Sur 9 observations, E. Bertelé, en 1896, en comptait 5 cas (3).

1. Auvray, dans *Nouveau Traité de Chirurgie* de Le Dentu et P. Delbet. Paris, 1909, t. XIII, p. 244.

2. E. Marguet, *Kystes hydatiques des muscles volontaires*, Th. doct. Paris, 1888.

3. E. Bertelé, *Des kystes hydatiques des muscles de la face*. Th. doct. Lyon, 1896.

Sur 83 kystes hydatiques des os, le Dr Antonin en comptait 8 au crâne (1).

En réalité, kystes hydatiques musculaires et osseux sont des exceptions, des curiosités.

Ayant à propos de cette localisation une observation inédite, je l'ai prise pour ma thèse inaugurale. Mais je ne voudrais pas qu'on crût que la seule singularité, la seule exceptionnalité de ce cas a guidé ma conduite.

J'ai, avant tout, estimé que le siège du parasite échinocoque à la région temporale permettait d'opposer des évolutions dissemblables de l'hydatide suivant qu'elle se greffait dans le muscle, dans l'os ou sous l'os, et qu'elle nous montrait l'action du milieu tissulaire et humoral sur le parasite et par suite sur l'évolution de la maladie. La réaction des tissus musculaire, osseux, cérébral est entièrement différente vis-à-vis de l'échinocoque. On l'a, c'est vrai, signalé dans les nombreux travaux qui ont trait à l'échinococcose musculaire et osseuse, mais elle apparaît avec une opposition saisissante dans le kyste hydatique de la région temporale.

Nous nous sommes, en cette étude, placé spécialement à ce point de vue et croyons qu'il y aurait encore beaucoup à acquérir, en orientant à l'avenir les recherches de ce côté.

1. Antonin, *Presse médicale*, 1905, 28 juin, n° 51.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
KYSTES HYDATIQUES
DE LA RÉGION TEMPORALE

CHAPITRE PREMIER

SYMPTOMATOLOGIE
ÉCHINOCOCCOSE DU MUSCLE TEMPORAL

Quel que soit son siège, l'échinococcose à des symptômes qui lui sont propres. Musculaire ou osseuse, elle débute par un état latent prolongé, durant des mois, et même des années. L'indolence est absolue, il n'est pas d'affection qui soit aussi peu douloureuse par elle-même. Mais le tableau change quand les complications dues à l'extension du kyste et à l'attaque des organes et tissus voisins, viennent à se produire. La compression du cerveau inévitable dans les kystes intra-craniens, fréquente dans ceux intra-osseux, peut se produire dans les kystes hydatiques musculaires après usure et destruction de l'os. Or, il est remarquable que la compression du cerveau se produise d'une façon lente et progressive, et passe longtemps inaperçue. Par contre les com-

pressions nerveuses amènent des complications. Elles peuvent produire, à une période avancée, du ptosis de la paupière supérieure, une cécité unilatérale, de la céphalalgie du même côté.

Le kyste peut suppurer. En ce cas seul apparaît la fièvre avec tous les signes d'un abcès chaud.

Le kyste peut guérir spontanément par mort des hydatides ; cette terminaison est exceptionnelle. Alors le kyste dégénère, le liquide devient opalescent, prend une grande quantité d'albumine. Peu à peu le kyste s'épaissit, l'albumine forme des matières protéiques solides, de la cholestérine, du phosphate et du carbonate de chaux se déposent, des matières grasses ne manquent jamais. Le kyste tend à perdre son liquide, à se « tuberculiser » comme disaient les anciens auteurs, il aboutit à un caséum qui rappelle le kyste sébacé.

Mais le plus souvent on doit recourir à l'opération.

DIAGNOSTIC

A lire les auteurs, le diagnostic serait aisé à établir : « une tumeur qui siège dans les muscles, si elle est dure et ronde, indolente, à l'évolution lente, est presque toujours un kyste hydatique » a dit Trétat après Denonvilliers.

Il y a encore le frémissement hydatique, signe pathognomonique qui ne s'observe presque jamais. Il y a enfin la radiographie qui montre une tumeur claire : mais le kyste hydatique est si exceptionnel à

la région temporale qu'on n'y pense pas. Aussi le diagnostic ne se fait presque jamais avant la ponction ; la confusion la plus fréquente est avec le sarcome, la carie tuberculeuse, la gomme.

Encore la ponction doit-elle être faite avec précaution, et être suivie de près par l'opération. Car elle expose à la colonisation et à la diffusion de l'échinocoque.

Nous serons brefs sur les méthodes de laboratoire, car elles n'entrent pas directement dans notre sujet. La réaction de Weinberg n'est pas constante. L'éosinophilie sanguine marque un parasitisme. Quand ces deux signes coexistent, le diagnostic est assuré. Signalons enfin la toute récente intra-dermo réaction de Casoni, faite avec du liquide hydatique aseptique dont on a vérifié le pouvoir antigénique. Elle aurait un degré de certitude plus grande (1).

Après avoir décrit succinctement les symptômes communs aux kystes hydatiques de la région temporale, recherchons les signes spéciaux aux kystes du muscle et de l'os temporal.

L'observation qu'il nous a été donnée d'observer précisera la symptomatologie du kyste hydatique du muscle temporal.

Jules M..., âgé de 44 ans, employé, consulte en avril 1920, le Dr Regnault au sujet d'une tumeur à la région temporale droite. Voici le récit qu'il nous fait :

gauche

1. *Journal de Médecine de l'Afrique du Nord*, mai 1924.

N'a jamais éprouvé de maladie sérieuse, bien qu'il soit alcoolique, mais n'en a pas subi jusqu'à présent les conséquences.

Il a fait une partie de la guerre. En 1914, il reçut quelques éclats de briques sur la figure. Il éprouva une forte contusion, mais un séjour bref à l'hôpital lui permit de se remettre rapidement; ce ne fut qu'un traumatisme insignifiant.

Trois à quatre mois après, à la région temporale gauche qui avait été la plus fortement contusionnée, il voit apparaître une tumeur qui, au début, a la grosseur d'un pois.

Elle augmente progressivement, très lentement, demande trois ans pour atteindre le volume d'une noix; il n'en souffre aucunement et continue la guerre jusqu'à la fin.

Quand il consulte en 1920, la tumeur a le volume d'une grosse orange et la forme d'un hémisphère, implanté sur la région temporale gauche, en avant et au-dessus de l'oreille. Il n'en a jamais été incommodé et elle ne l'empêche point de manger. La saillie hémisphérique mesure 25 centimètres. de circonférence à la base.

La peau est normale, la tumeur est ferme, rénitente, sauf à sa partie postérieure où on perçoit de la fluctuation. La tumeur ne peut être déplacée. Si on fait contracter le muscle elle devient plus ferme et plus dure, elle est donc profonde recouverte par lui. On a l'impression qu'elle adhère intimement à l'os.

Le malade a conservé une bonne santé, il n'a jamais maigri, a toujours eu un bon appétit. Il n'a point l'aspect vigoureux mais paraît un peu faible, ce que l'on est en droit d'attribuer à son alcoolisme. Le foie examiné est normal.

On se méfie d'une tumeur cancéreuse, mais une ponction

exploratrice retire plein un tube à urines d'un liquide citrin clair comme eau de roche, ayant l'aspect d'un liquide de kyste hydatique.

Une analyse chimique et microscopique sommaire de ce liquide révèle une forte quantité de chlorure de sodium et d'acide urique, une faible quantité d'albumine, une quantité moyenne de cristaux de cholestérine, et quelques globules graisseux. Le dépôt qui s'était formé au fond du tube était formé d'acide urique et de débris de cellules, On n'y trouve pas de crochets et la tumeur ne présente pas de frémissement hydatique.

On ne pousse pas plus loin les recherches de laboratoire et on opère. Je fus assistant à l'opération.

On commence par une incision de la peau dans le sens des fibres du muscle temporal, on incise successivement les diverses couches de la région, le muscle temporal fait saillie en dehors, on l'incise et on arrive sur les parois du kyste, qui, placé entre le muscle temporal et l'os, repoussait le muscle en dehors. On incise cette paroi, et on voit s'échapper, avec le liquide citrin, un grand nombre de vésicules hydatiques, une cinquantaine, de volume variable, allant jusqu'à celui d'une noix. On pénètre ainsi dans l'intérieur de la poche qui, par sa face profonde, est constituée par l'os temporal lui-même.

A la partie postéro-supérieure de la tumeur, cet aspect n'existe plus dans l'étendue d'une pièce de dix centimes en cuivre, sur un espace vaguement arrondi, car l'écaille du temporal, plus mince en cette région est détruite, et la perte de substance a mis à découvert la dure mère, qui est tapissée directement par la membrane kystique.

La dure mère au toucher donne une sensation de fluctuation, elle présente des mouvements d'expansion des battements isochrones à ceux du poulx.

On enlève avec soin, du mieux possible, toute la paroi du kyste, on fait un lavage au formol, on bourre la cavité avec de la gaze iodoformée.

L'opération n'a point de suites graves, tout se passe régulièrement; la cavité s'est comblée peu à peu, en cinq semaines, la cicatrisation presque achevée.

Le malade a pu être revu guéri cinq mois après. Il n'avait pas de récurrence.

* * *

Les quelques observations qui existent dans la littérature médicale rappellent fortement la précédente. Indiquons brièvement les plus notables.

La première est celle de Dupuytren, en 1833. Bien que typique elle est peu circonstanciée (1).

Roustan donne une observation semblable à la nôtre mais d'un kyste plus évolué. Il est situé entre le muscle temporal et l'os et descend sous l'arcade zygomatique (2).

En voici une de Guttman (3).

1. *Journal universel et hebdomadaire de médecine et de chirurgie pratiques*, 1833, t. XII, p. 109.

2. Roustan. *c. r. de l'Association pour l'avancement des sciences*, 8^e sess. Montpellier, 1879, p. 769.

3. Guttman de Kaschau, *Wiener Medizin Presse*, 1881, t. XXII, p. 144.

Homme de 26 ans, a depuis six ans une petite tumeur de la région temporale, indolore. On opéra. Après avoir séparé la peau qui était tendue sur la tumeur, on vit le muscle sortir en s'incurvant en forme d'œuf. Quand ce dernier eut été fendu, il sortit d'abord une vésicule hydatique très grosse. Pansement guérison.

Mentionner encore les observations de Legrand, de L. Marchand de Rosenthal qui n'ont rien de particulier et qu'on trouvera *in extenso* dans la thèse de Bertelé.

CHAPITRE II

KYSTES HYDATIQUES INTRA-OSSEUX DE L'OS TEMPORAL

A l'opposé des kystes hydatiques extra-osseux, à point de départ musculo-temporal ou intra-cranien, plaçons l'échinococcose osseuse attaquant primitivement l'os temporal.

Plusieurs travaux et de nombreuses thèses ont été écrits, d'une part sur les kystes hydatiques osseux en général, de l'autre sur les kystes hydatiques osseux craniens.

Les plus connues sont la thèse d'agrégation de Gangolphe (1), puis celle de doctorat de Robin sur les kystes osseux en général (2). Sur les kystes hydatiques osseux craniens, citons la thèse inaugurale de C. Alvernhe (3).

Citons enfin la toute récente thèse du D^r H. Gauch sur l'échinococcose costale (4).

Tous ces travaux démontrent sans conteste que l'échinococcose osseuse revêt un aspect particulier

1. Gangolphe, *Kyste hydatique des os*. Thèse d'agrég. 1886.

2. Robin, *Kyste hydatique des os*. Thèse doctorat Lyon, 1916.

3. C. Alvernhe, *Les kystes hydatiques osseux craniens*. Montpellier, 1903.

4. H. Gauch, *Contribution à l'étude des kystes hydatiques des côtes*. Paris, 1925.

qui l'oppose à l'échinococcose musculaire. Les caractères différentiels sont les mêmes, qu'il s'agisse de l'os et du muscle temporaux ou de tout autre os et tout autre muscle. Mais l'opposition est ici plus saisissante parce qu'il s'agit de localisations différentes dans une même région.

Quand l'échinocoque se fixe dans les os, il présente la *variété multiloculaire*. On a objecté qu'on avait observé le kyste uniloculaire dans le sinus frontal, mais c'est qu'il avait été primitivement greffé sur la muqueuse. De plus dans la région temporale, si le kyste est volumineux et a détruit la paroi crânienne sur une grande étendue on peut faire une confusion. C'est pourquoi la connaissance des caractères spéciaux de l'échinococcose osseuse est utile au médecin.

L'échinococcose osseuse est multiloculaire. Elle est constituée au début par une infiltration d'hydatides dans les aréoles du tissu spongieux, chaque hydatide ayant sa logette spéciale. Les logettes s'agrandissent par la suite en cavités renfermant un liquide puriforme, des séquestres et des vésicules hydatiques.

L'échinococcose multiloculaire diffère à la fois de l'échinococcose uniloculaire et de l'échinococcose alvéolaire.

L'échinococcose uniloculaire est celle classique, telle qu'on l'observe dans le foie et dans le muscle temporal : volumineuse et unique poche qui lentement s'étend et augmente aux dépens des tissus.

L'échinococcose alvéolaire, exceptionnelle, se développe dans le foie en une quantité d'alvéoles séparées par du tissu fibreux, et chacune renfermant une hydatide. Aussi avait-elle été confondue avec le cancer colloïde jusqu'à Virchow qui en reconnut l'origine parasitaire.

L'échinococcose multiloculaire est alvéolaire aussi, et par là se confond avec la précédente. Mais, dit M. Duvé, cette forme alvéolaire n'est pas définitive. Dès que le parasite sort de l'os, quand, après une fracture ou une érosion progressive, il communique avec les tissus mous périphériques, il reprend son type spécifique visculaire, hydatique « son naturel revient au galop ».

Le milieu osseux impose l'évolution alvéolaire à l'échinocoque, et que sitôt que celui-ci est sorti de ce milieu il reprend son évolution uniloculaire.

La réaction de l'os vis-à-vis du parasite est toute différente, suivant que le kyste est situé dans l'os ou en dehors de lui.

Quand le parasite est situé soit dans le muscle temporal, soit dans la boîte crânienne, entre la dure-mère et le cerveau, il détruit l'os mécaniquement comme le ferait une tumeur fibreuse, un anévrysme.

Au contraire, lorsqu'il est situé directement dans l'os, il nécrose le tissu osseux, celui-ci est comme étouffé. L'intérieur du kyste est formé d'un mélange de petites vésicules avec des débris osseux, des séquestres, provenant de la désagrégation de tissu spongieux et plongés dans un liquide brunâtre, puri-

forme, sanguinolent. Le kyste aboutit à une véritable « bouillie osseuse ».

Quand le kyste hydatique prend contact avec l'os, il appuie sa paroi contre le périoste, le comprime. « L'accroissement incessant des kystes hydatiques produit le même effet d'érosion que la distension avec secousses brusques saccadées des poches anévrysiales » (Cruvelhier).

Il agit ainsi, comme l'ont montré les morphogénistes et par distension mécanique comprimant le périoste, s'opposant à la formation du tissu osseux par celui-ci, et par action ischémiant en comprimant les vaisseaux.

Il en résulte, quand la pression est intense, une disparition de l'os qui est perforé, comme nous l'avons relaté dans notre observation et comme ont relaté toutes les observations semblables.

Au contraire, quand l'hydatide est logée dans l'os, elle ne forme pas de poche, et est multiloculaire. Elle ajoute aux deux actions précédentes de compression et d'ischémie, une troisième action toxique. On sait que le liquide hydatique est éminemment toxique. Debove et Achard ont les premiers étudiés cette propriété toxique montrant qu'elle cause les urticaires si fréquents après les ponctions de kyste, et des accidents plus graves, voire mortels.

Cette toxicité agit sur le tissu osseux, le périoste ne réagit pas, il est comme frappé par le poison ; l'os meurt sans se défendre, il n'existe pas la moindre néoformation osseuse. A l'examen histologique, le

tissu spongieux est ischemié, les parois des alvéoles sont partiellement détruites, les vaisseaux ont de la périartérite.

« Tandis que les irritants variés (accidentels ou pathologiques) agissant sur le tissu osseux, éveillent ses propriétés néoformatives, suscitent du côté du périoste des néoformations souvent considérables, ici l'on n'observe rien de semblable.

La surface extérieure d'un os qui renferme dans son épaisseur des hydatides, est absolument régulière, lisse, dépourvue de végétations ostéophytiques. Le même défaut de réaction se rencontre dans le périoste, le tissu spongieux et le tissu compact » (Gaugoephe).

Il en est de même pour les cartilages des cavités articulaires. Cette action s'oppose à celle des agents morbides irritants qui amènent au contraire une hyperostose. Nous avons examiné au musée Dupuytrín les tumeurs de la région temporale, et nous avons trouvé une pièce qui fait contraste avec le mode d'agir des hydatides.

Elle est étiquetée n° 275 B et fut autrefois présentée par M. Fano à la Société de biologie (1).

275 B carie scrofuleuse de l'os temporal gauche avec exostose et dilatation très considérable de la portion mastoïdienne. Destruction des organes de l'oreille moyenne.

L'ostéite de réaction a produit une coque osseuse d'une

1. Soc. de Biologie, 1853 et 1854, p. 113 et 139.

épaisseur variant d'un millimètre en avant à 16 millimètres en arrière.

Cette coque osseuse forme une tumeur de 17 centimètres de long sur 10 de haut, tumeur faisant saillie en dehors et remplaçant la fosse temporale. A la coupe, on voit son intérieur formé d'une cavité absolument circonscrite.

De même l'action nécrosante de l'échinococcose vis-à-vis de l'os est toute différente de celle qu'elle exerce sur les autres tissus qu'elle refoule et détruit par action mécanique.

Ainsi l'échinococcose se greffe dans le tissu conjonctif interstitiel aux fibres musculaires ; en croissant, elle refoule simplement ces fibres ; de même les vaisseaux et les nerfs sont indemnes. Nous verrons que la substance cérébrale est refoulée, mais non entamée.

Cette résistance des tissus provient de ce qu'ils ne sont pas en contact direct avec les hydatides et leur produit de sécrétion. La membrane kystique les en sépare et les préserve.

Une complication fréquente qui résulte de la nécrose de l'os est, au moindre choc, la fracture. « Dans les kystes hydatiques intra-osseux, dit le professeur Lejars, la fracture spontanée est si fréquente qu'elle constitue un véritable élément de diagnostic (1) ».

Ces fractures se produisent sous l'influence d'un

1. Soc. de Chirurgie, avril 1907, discussion aux observations de Cronwell.

traumatisme insignifiant, elles favorisent l'essaimage dans les tissus périphériques.

Citons les observations de kyste hydatique osseux de la région temporale.

On possède quelques cas d'échinococcose de l'apophyse mastoïde ; elle est multiloculaire, son siège étant dans l'os.

Dans l'observation du Dr Abadie (1) il s'agit d'une femme qui avait un écoulement continu de pus abondant par un orifice fistuleux en arrière de l'oreille gauche.

Une petite tumeur en ce point avait été ouverte il y a quatre ans et avait donné issue à un liquide clair, puis le kyste s'étant refermé, avait été incisé encore en vain. Au stylet on tombe sur l'os nécrosé.

L'opération montre un kyste hydatique de mastoïde. L'os est fongueux et friable.

Dans le cas de Krédel, le kyste était également situé dans l'épaisseur de l'apophyse mastoïde (2). Après incision, on trouve dans l'apophyse mastoïde droite une vésicule de la grosseur d'une cerise. On trouve encore une perforation de l'os temporal de la grandeur d'une pièce d'un mark ; de la plaie sortaient de temps en temps des morceaux de membranes ; il s'agissait d'un kyste multiloculaire.

1. Abadie, *Montpellier médical*, 1902.

2. Krédel *Verhandl. der deutschen gesellsch. für chirurgie*, bd XXXII, p. 205.

La malade de Massabuan (1) fut opérée pour une fistule siégeant en arrière de l'oreille gauche. Elle est indolore. On pénètre avec le stylet dans un foyer de nécrose osseuse au-dessus et en arrière de l'apophyse mastoïde. On traite par curetage cette nécrose qu'on reconnaît être due à l'échinococcose. Récidive trois ans après d'une tumeur un peu au-dessous de l'ancienne cicatrice. La malade a des céphalées violentes, du vertige, des crises de vomissements. La trépanation montre que le kyste a gagné dans l'os temporal, en se propageant par un grand nombre d'alvéoles.

On arrive ainsi à un kyste volumineux dans la fosse cérébelleuse gauche, puis à deux autres, de la grosseur d'une noisette. Ils sont adhérents à l'os, non à la dure-mère qui est normale.

Une mention particulière doit être faite de l'hydatide qui se greffe entre la dure-mère et les parois latérales du crâne ; il semble qu'il devrait agir comme s'il siégeait dans l'os. En effet, la dure-mère joue par rapport au crâne le rôle de périoste interne. Pourtant le fait n'est pas constant.

L'observation de Guesnard est celle d'un kyste osseux multiloculaire (2). Elle concerne un enfant de 7 ans qui, venu à l'hôpital pour tumeur cérébrale,

1. Massabuan, *un cas de kyste hydatique de l'os temporal* (Montpellier médical, 1907, XXIV, 185-189).

2. Guesnard, *Journal hebdomadaire* 1836, p. 34, reproduit dans Alvergne, *Des Kystes hydatiques osseux crâniens*. Th. doct. Montpellier, 1903.

succombe à une variole intercurrente et dont l'autopsie fut faite.

On trouva un kyste hydatique placé entre la dure-mère et les parois latérales du crâne (temporal et pariétal).

La tumeur qui avait deux fois le volume d'un œuf de poule, occupait la fosse cérébrale moyenne, traversait en avant par une extrémité aplatie, comme étranglée, la fente sphénoïdale, et là se prolongeait d'un travers de doigt dans la cavité orbitaire. Le kyste se trouvait accolé à une vésicule de même nature, de la grosseur d'une noix, placée dans le foyer pituitaire, entre la portion osseuse du corps sphénoïdal et la dure-mère qui l'entourait de tous côtés. Outre ce deuxième kyste, il en existait d'autres, du volume d'une lentille, placés dans de petites excavations osseuses du corps du sphénoïde ; d'autres visicules miliaires existaient plus profondément et furent prises avec des pinces ; elles étaient contenues dans les aréoles du tissu osseux : on en trouva une vingtaine.

« La substance cérébrale n'est ramollie dans aucun point : sa consistance, sa couleur sont normales ; l'hémisphère droit est remarquable par la compression qu'il a éprouvée ; fortement excavé à sa base et sur les côtés du lobe moyen, ses circonvolutions ont en partie disparu. Le plancher du ventricule latéral droit s'élève un pouce plus haut que celui du côté opposé. La couche optique et les corps striés

sont légèrement aplatis. Aucun liquide n'existe dans les cavités du cerveau ».

Tandis que la substance cérébrale a si parfaitement résisté, les os ont été détruits. Leur altération rappelle celle des tumeurs anévrysmatiques. Ils sont rugueux, offrent des saillies entrecoupées d'enfoncements. Toute la fosse cérébrale moyenne, le corps du sphénoïde et son apophyse d'Ingrassias ne sont plus recouverts par la dure-mère et ont perdu, dans certains points, leur lame externe ; enfin, ça et là, le temporal paraît réduit à une sorte de feuillet transparent, crépitant comme le parchemin. C'est une altération analogue à celle qu'éprouvent les os du crâne, lorsqu'ils sont en contact avec un fongus de la dure-mère. Le trou maxillaire supérieur est rugueux, présente trois fois son volume ordinaire.

A l'opposé de l'observation précédente, le kyste observé par le Dr Antonin (1) est uniloculaire. Cet auteur rapporte le cas d'un soldat mort subitement, à l'autopsie duquel il trouva une seule tumeur kystique dépendant de l'os pariétal et située entre l'os et la dure-mère. Cette poche, de la grosseur d'un œuf d'oie, était remplie d'un liquide clair, à l'intérieur de laquelle il y avait beaucoup de petites vésicules, et à l'extérieur une vésicule plus grande en communication avec le grand kyste et sans attache à l'os.

Il s'agissait, précise l'auteur, d'un kyste unilocu-

1. Antonin, *Des Kystes hydatiques des os du crâne* (*Presse médicale*, 28 juin 1905, p. 401).

laire, les os du crâne ne présentaient qu'une seule lésion.

L'hémisphère cérébral droit loge le kyste dans une excavation due à sa compression. Les circonvolutions cérébrales sont aplaties, élargies. La substance cérébrale n'est ramollie en aucun point, sa consistance et sa couleur sont normales.

Cette compression fut longtemps bien tolérée : pourtant des accès convulsifs épileptiformes survinrent tardivement.

Vegas et Kranwell, dans leur observation, parlent aussi de kyste uniloculaire. Ils avaient trépané du côté opposé au kyste, se basant sur le bruit du pot fêlé produit par la percussion du crâne. Ils découvrirent à l'autopsie, à la voûte du crâne, dans la région pariéto-occipitale droite, une perforation avec des vésicules blanchâtres, puis entre l'os et la dure-mère un kyste fluctuant rond, de la grosseur d'un poing, qui avait comprimé le cerveau et la dure-mère et qui était adhérent à l'os (1).

Il faut noter que ces dernières observations manquent de précision. Elles sont insuffisantes pour nous permettre d'affirmer que les kystes placés entre os et dure-mère puissent être parfois uniloculaire.

1. Stolz, *über echinokokken der schadel knochen Straburger medizinische Zeitung*, 3 sept. 1904.

CHAPITRE III

I. PATHOGÉNIE. — II. PRONOSTIC III. TRAITEMENT

I. — PATHOGÉNIE

Comment l'hydatide se fixe-t-elle dans le muscle ou dans l'os ? (1).

On sait que le ténia échinocoque, long de 5 millimètres environ, nous vient du chien qui l'expulse dans ses excréments. Les œufs sont-ils ingérés par l'homme ; leur cuticule se dissout dans l'estomac, l'embryon qui en sort traverse à l'aide de ses stylets la muqueuse intestinale. Il est charrié dans le sang. Le foie et les poumons jouent le rôle des filtres qui retiennent le plus grand nombre des embryons. D'où leur fréquence dans ces organes, leur rareté ailleurs.

S'ils franchissent ces deux obstacles, ils pénètrent dans la grande circulation et ici, par exception, peuvent se fixer dans les muscles ou les os.

Il existe probablement, note Dévé, des conditions d'ordre biochimique qui rendent tel organe plus fa-

1. Je ne parle pas des kystes hydatiques hétérotopiques, un kyste hydatique primitif colonisant à distance, dans la région temporale, ni des kystes hydatiques généralisés au foie, aux poumons, aux autres viscères... et éventuellement dans la région temporale.

vorable à cette fixation. On pourrait encore regarder cette affinité comme un tropisme s'exerçant entre l'organe et le parasite.

Quel est le rôle du traumatisme dans la fixation ? On l'a d'abord admis sans restriction. Il a été relevé dans plusieurs observations, notamment celles de Dumoulin, Cruveilhier, Bellencontre, Liouville et Strums, Souques, etc.

On s'est ensuite demandé comment le traumatisme agissait.

Pour M. Marguet, le traumatisme agit par la vaso-constriction qui arrête l'embryon parasite, puis par la vaso-dilatation consécutive qui, en ralentissant la circulation, favorise la stagnation du parasite.

On serait plus en droit de penser que l'embryon se fixe sur un terrain affaibli où une ecchymose favorise son arrêt et sa croissance.

Pourtant T. Dévé, dont les travaux font autorité en matière d'échinococcose, écrit : (1)

« Enfin on a attribué au traumatisme un rôle localisateur. Cette notion classique est bien difficilement acceptable. Le traumatisme ne fait guère qu'appeler l'attention du malade sur une lésion jusque-là méconnue ».

Les réserves de Dévé sont légitimes quand la tumeur apparaît de suite après la contusion ; on doit admettre que l'hydatide sommeillait dans la

1. Dévé, *Echinococcose dans nouveau Traité de Médecine de Roger et Vidal*. Masson, éd., t. V, p. 258.

région où a porté le coup, et que celui-ci l'a simplement fait évoluer.

Donnons, comme caractéristique, une observation de P. Boncour, bien qu'elle conserve une échinococcose du scapulum (1).

« Sur un cas remarquable de kyste hydatique développé dans un os plat à la suite d'une contusion.

Le 2 août 1876, la malade, âgée de 24 ans, fit une chute dans un escalier. Elle put continuer son travail, malgré de vives douleurs dans la partie postérieure de l'épaule gauche qui avait été contusionnée. Durant la nuit, la souffrance augmente, le lendemain elle entre à l'hôpital. On l'y soigne pour contusion simple durant huit jours.

Elle reprend alors son service, mais remarque qu'il se forme dans la région traumatisée une petite tumeur à développement progressif.

En décembre 1876, une seconde tumeur apparaît un peu au-dessus de la première. Les deux tumeurs progressant, le 25 juin 1877, la malade rentre à l'hôpital. Ponction et incision qui donnent des vésicules hydatiques et de nombreux séquestres ».

Opposons notre observation à la précédente. Dans notre cas, la contusion s'est produite trois à quatre mois avant qu'on ait observé une faible grosseur, il semble donc bien qu'elle ait joué un rôle localisateur.

Il peut arriver que si tous les organes sont sains,

1. Boncour, *Kystes hydatiques des membres*. Th. doct. Paris, 1878, obs. VII, p. 39.

et qu'il n'y est pas de lien de faible résistance, l'échinocoque ne trouve pas à se fixer, est charrié dans le sang, et finalement éliminé. On sait que certains parasites et microbes, notamment le spirochète de la maladie du sommeil, peuvent ainsi exister dans le sang, et pourtant chez quelques sujets favorisés, ne point donner le mal.

II. — PRONOSTIC

Le pronostic est, disent les auteurs, bénin. Il est bénin à cause de la lenteur de l'évolution qui permet l'éradication à un moment favorable.

Pourtant il faut compter avec la possibilité de récurrences, surtout à craindre dans les kystes osseux plus difficiles à extirper totalement. Gangolphe comptait 20 décès sur 40 observations d'échidococcose osseuse. Les compressions sont aussi dangereuses par leur progression bien que fort lente. Mais, ajoute Gangolphe, les kystes de la voûte du crâne, sont moins dangereuses que ceux de la base. Le fait se comprend aisément, les compressions et destructions étant plus graves à la base.

Enfin, il faut compter avec la rupture du kyste, et à son ensemencement, avec la récurrence post-opératoire et avec les complications par compression nerveuse et cérébrale.

III. — TRAITEMENT

Il n'y a qu'une seule méthode de traitement, c'est l'ouverture de la cavité avec éradication aussi complète que possible du foyer parasitaire (Gangolphe).

L'incision, le curage et l'évacuation du foyer seront pratiqués et suivis de l'emploi du fer rouge (Gangolphe), soit mieux encore du formolage du foyer (Dévé).

CONCLUSIONS

1° Les kystes hydatiques de la région temporale, bien qu'exceptionnels, présentent un intérêt particulier parce qu'ils permettent d'opposer les kystes intra et extra-osseux, en une région restreinte ;

2° Les kystes extra-osseux sont monoloculaires. Ils écartent le muscle temporal, le compriment. De même ils détruisent l'os temporal par compression. S'ils sont intra-craniens, ils refoulent le cerveau, mais le laissent intact ;

3° Au contraire, les kystes de l'os temporal sont multiloculaires. Ils le détruisent par agent toxique. D'où la carie de l'os et la formation de séquestres ;

4° De cette action différente suivant le terrain, dérive la gravité plus grande du kyste intra-osseux.

Vu : le Président de la thèse,
LEJARS

Vu : le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris,
P. APPELL

